

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія
Кафедра онкології та медичної радіології

І.М. БОНДАРЕНКО
В.Ф. ЗАВІЗІОН
В.С. КИСЛИЦИНА
О.І. АСЄЄВ

РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Посібник
для студентів 5-х – 6-х курсів медичних факультетів
вищих медичних навчальних закладів
та лікарів інтернів

Дніпропетровськ
2011

РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Посібник для студентів 5-х – 6-х курсів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів та лікарів-інтернів

Автори: завідувач кафедри, д-р мед. наук, професор І.М. Бондаренко
доцент кафедри, канд. мед. наук В.Ф. Завізіон
доцент кафедри, канд. мед. наук В.С. Кислицина
канд. мед. наук О. І. Асєєв

Рецензенти: Професор курсу онкології медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини, д-р мед. наук В.А. Косєє

Завідувач кафедри хірургії №2 Дніпропетровської державної медичної академії, д-р мед. наук, професор О.Б. Кутовий

Технічний редактор: доцент кафедри міжкультурної комунікації та видавничої справи Дніпропетровського національного університету ім. О.Гончара, канд. філ. наук Л.О. Карабут

Затверджено на кафедральній нараді кафедри онкології та медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії

«22» лютого 2011 р., протокол № 7

Завідувач кафедри _____ проф. І.М. Бондаренко

Затверджено на засіданні предметної комісії з хірургії Дніпропетровської державної медичної академії «28» березня 2011 р., протокол № _____

Голова комісії _____ проф. Я.С. Березницький

Затверджено на засіданні ЦМК Дніпропетровської державної медичної академії «29» березня 2011 р., протокол № _____

Голова ЦМК ДДМА _____ проф. Т.О. Перцева

ЗМІСТ

ВСТУП	4
<i>Блок-схема: анатомія щитоподібної залози</i>	5
<i>Блок-схема: Гістологічні форми раку щитоподібної залози</i>	6
<i>Блок-схема: класифікація раку щитоподібної залози за системою TNM</i>	8
<i>Анатомія щитоподібної залози</i>	10
<i>Захворюваність на рак щитоподібної залози та її причини</i>	10
<i>Патолого-анатомічна класифікація раку щитоподібної залози</i>	10
<i>Шляхи метастазування раку щитоподібної залози</i>	11
<i>Клініка раку щитоподібної залози</i>	11
<i>Стадії раку щитоподібної залози. Класифікація TNM</i>	11
<i>Угрупування раку щитоподібної залози за стадіями</i>	12
<i>Діагностика раку щитоподібної залози</i>	13
<i>Загальні принципи лікування раку щитоподібної залози</i>	13
<i>Профілактика та рання діагностика раку щитоподібної залози</i>	14
ТЕСТИ ЗА ТЕМОЮ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»	15
КЛЮЧІ ДО ТЕСТІВ ЗА ТЕМОЮ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»	26
ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	27
СЛОВНИК ЕПОНІМІВ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	28
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	30
ВИТЯГ З НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІД 17.09.2007 № 554 «ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЮ «ОНКОЛОГІЯ»	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	39
СПИСОК ОСНОВНОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	40
СПИСОК ДОДАТКОВОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	40

Перехід медичних вузів України на Болонську систему викладання виявив низку методичних проблем. Однією з них є відсутність підручників та навчальних посібників, які б допомогли студентам, принаймні у конспективному плані, ознайомитися з усіма питаннями Робочої програми за темою конкретного заняття. Це, з однієї сторони, спонукає студента не обмежуватися наданням бібліотекою підручником, а працювати також із додатковою літературою. З іншого боку, не завжди додаткова література, що дає відповіді на питання Робочої програми, є доступною для всіх студентів, не всі вони мають доступ і до Інтернету. Слід враховувати й те, що далеко не кожна сторінка Інтернету, яку можна відкрити за ключовими словами, несе коректну інформацію.

Вивчення онкології у вищих медичних навчальних закладах є дуже важливим, оскільки, ким би в майбутньому не працював лікар, йому рано чи пізно доведеться мати справу з онкологічними хворими, якщо не у ролі доктора, то, в усякому разі, у ролі людини, яка знається на медицині. Робоча програма не передбачає підготовки лікаря-онколога. Проте основи онкології як науки, як медичної спеціальності, загальні принципи допомоги онкологічним хворим та принципи симптоматичної допомоги в онкології повинен знати кожен лікар.

Перед Вами посібник за темою «Рак щитоподібної залози».

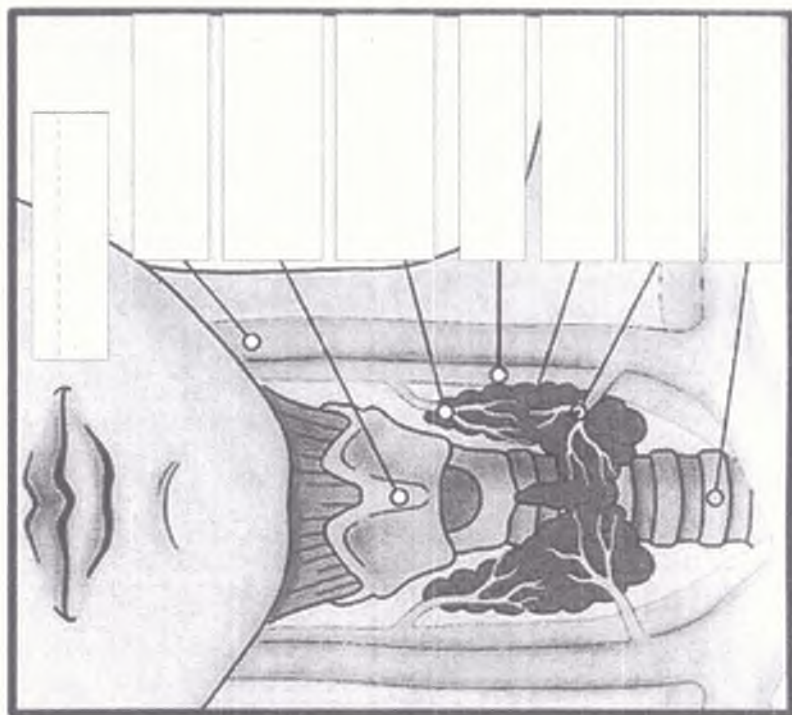
Згідно з програмою навчальної дисципліни «Онкологія», затвердженою МОЗ України у 2008 р., при вивченні теми «Рак щитоподібної залози» передбачено розглянути такі питання, як захворюваність, причини, епідеміологія, передракові захворювання, клініка, діагностика, рання діагностика, диференціальна діагностика, класифікація TNM та угруповання раку за стадіями, лікування (хірургічне, комбіноване і комплексне), найближчі і віддалені результати лікування, профілактика.

Усі ці питання висвітлені в посібнику.

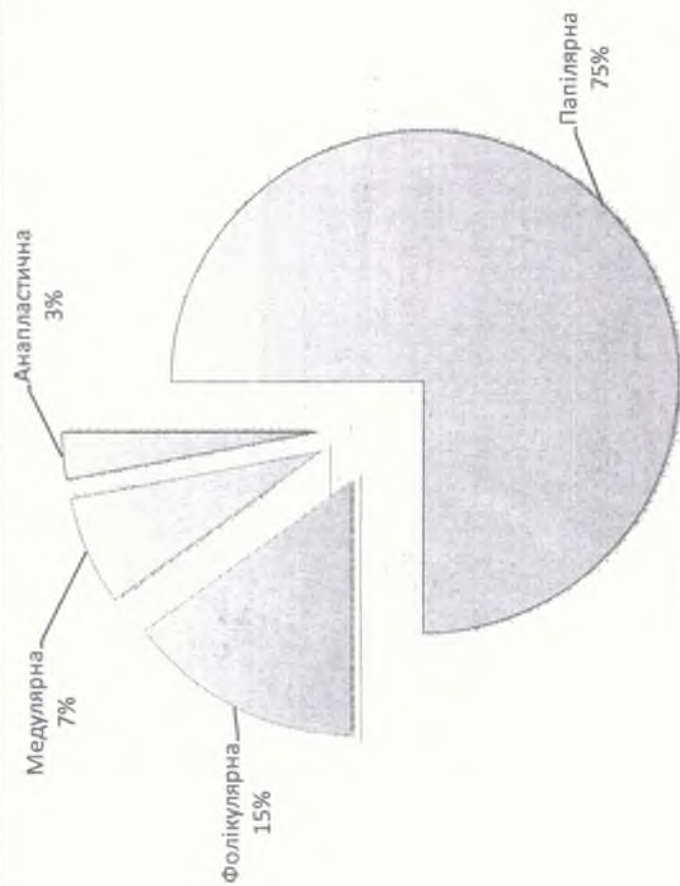
Посібник побудований за принципом конспекту. Всі пункти Робочої програми мають конспективні відповіді. Подані тести передбачають хоча б два питання до кожного пункту Робочої програми, що дозволяє студенту самостійно перевірити знання. Наведений словник містить трактовку медичних термінів та споніми за даною темою. Список рекомендованої літератури надає можливість без лишнього клопоту знайти необхідний підручник.

Бажаємо успіху у вивченні предмету!

З повагою, педагогічний колектив кафедри онкології та медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії.



Гістологічні форми раку щитоподібної залози



Рак щитоподібної залози

Медулярна карцинома

5% - 8%

(із С-клітин)

Жінки хворіють в 1,5 рази частіше, ніж чоловіки. Розглядають спорадичну форму медулярного раку та синдром множинної ендокринної неоплазії другого типу (медулярний рак щитоподібної залози в поєднанні з феохромоцитомою та аденомою парашитовидної залози (синдром Сімпла)). Медулярний рак супроводжується високим рівнем tireoкальцітоніну в крові, що у 50% хворих проявляється діареею. Регіональні метастази розвиваються у 50% хворих.

Папілярна карцинома (або змішана папілярно- фолікулярна форма)

75% - 85%

(із А- та В-клітин)

найчастіша форма раку щитоподібної залози. Жінки хворіють на цю форму раку в 6 разів частіше, ніж чоловіки. Характерні множинні зачатки пухлини в щитоподібній залозі, висока частота регіонарного метастазування. Протікає досить повільно. Позва солідних структур з поліморфізмом та збільшенням числа мітози слугує ознакою високої злоякісності пухлини.

Фолікулярна карцинома (Включаючи варіант із клітинами Гюртле (Аскапазі))

10% - 20%

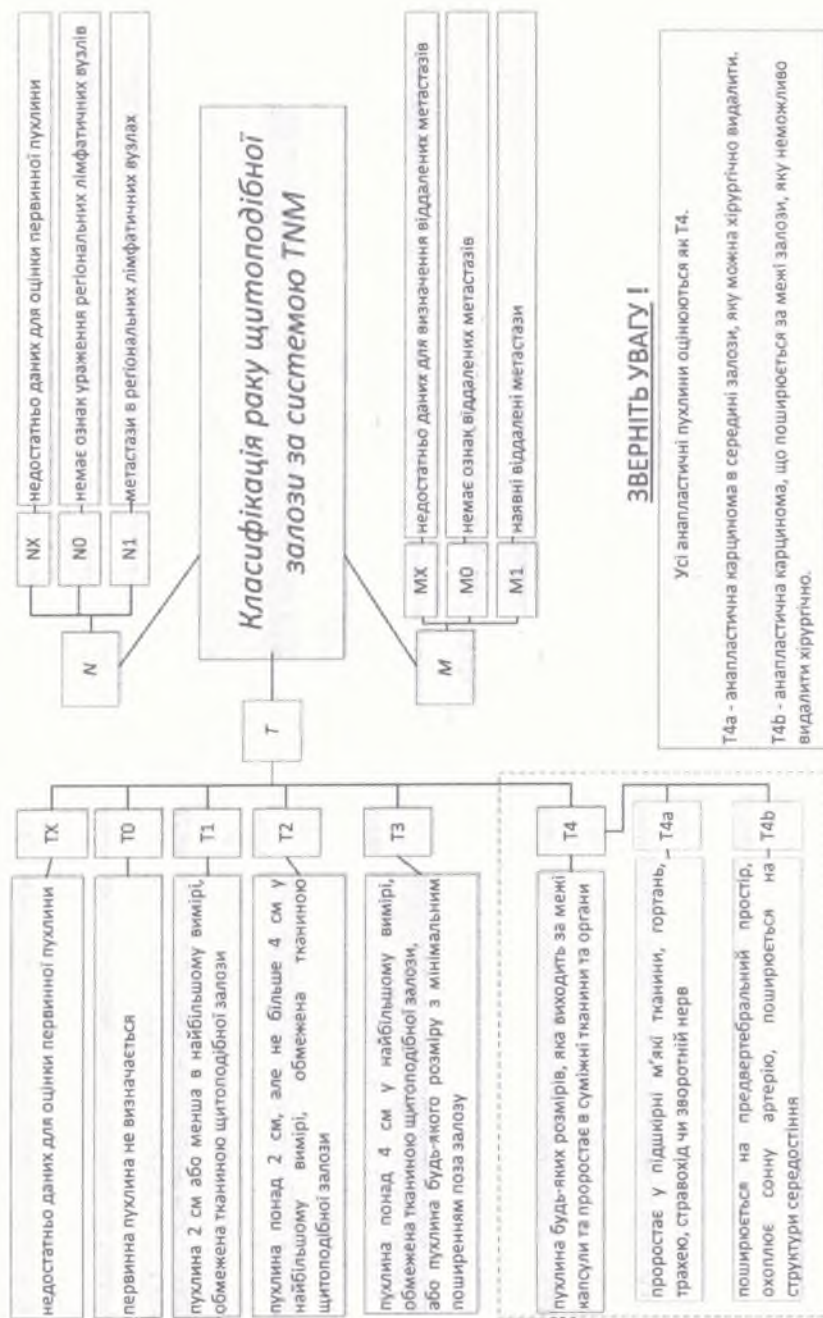
(із А- та В-клітин)

Жінки хворіють у 9 разів частіше, ніж чоловіки. Характерне гематогенне метастазування, перед усім в легені та кістки. Регіональні метастази розвиваються рідко. Протікає досить повільно.

Анапластична карцинома

<5%

(із А- та В-клітин)
має особливо агресивне протікання та несприятливий прогноз. Чоловіки та жінки хворіють однаково часто. Регіональні метастази зустрічаються у 50 % хворих, віддалені - у 20 %.



Щитовидна залоза являє собою еластичне утворення, що складається з двох часток та перешийка. Вона розташована на передній поверхні шиї на рівні нижніх відділів гортани та верхніх кілець трахеї. Близько 30 – 40% людей мають додаткову пірамідальну частку, яка найчастіше представлена вирослом лівої частки залози або її перешийка. Зовні залоза покрита фіброзною капсулою, яка зрощена з гортанню та трахеєю. Задне-бокова поверхня дотикається гортанної частини глотки, початкового відділу стравоходу та зворотного нерву. На задній поверхні обох часток розташовані парашитоподібні залози. Кровообіг залози здійснюється верхніми та нижніми щитоподібними артеріями. Венозний відтік здійснюється в систему верхньої порожнистої вени. Лімфатичний відтік проходить в щитоподібні, передгортанні, перед- і паратрахеальні лімфатичні вузли. Регіональними також є яремні та заглоточні лімфовузли.

Захворюваність на рак щитоподібної залози та її причини

У світі на рак щитовидної залози припадає менше 1% від усіх злоякісних пухлин. Захворюваність на рак щитовидної залози в Україні складає 4 випадки на 100000 населення. В різних регіонах вона нерівномірна. У районах поширення ендемічного зобу рак щитовидної залози зустрічається у 3 – 10 разів частіше, ніж у тих районах, де зоб зустрічається рідше. Жінки хворіють у 1,5 – 4 рази частіше, ніж чоловіки. Близько 70 відсотків хворих знаходяться у віці 40 – 60 років. У дітей карцинома щитоподібної залози зустрічається з частотою 0,1 – 2,2 випадки на рік.

Малігінізація тиреоїдного епітелію відбувається на фоні йодної недостатності та підвищеної концентрації тиреотропного гормону гіпофізу. Розвитку раку може передувати опромінення, причому найбільш небезпечні радіонукліди, що накопичуються у щитоподібній залозі. Після аварії на ЧАЕС захворюваність на рак щитовидної залози збільшилася приблизно у 2 рази.

Опромінення шиї, особливо в дитячому віці, сприяє підвищеному ризику захворювання на рак щитоподібної залози.

Патолого-анатомічна класифікація раку щитоподібної залози

1. Папілярний рак (із А- та В-клітин) - найчастіша форма раку щитоподібної залози (65 – 75% випадків). Жінки хворіють на цю форму раку в 6 разів частіше, ніж чоловіки. Характерні множинні зачатки пухлини в щитоподібній залозі, висока частота регіонарного метастазування. Протікає досить повільно. Поява солідних структур з поліморфізмом та збільшенням числа мітозів слугує ознакою високої злоякісності пухлини.

2. Фолікулярний рак (із А- та В-клітин) виявляють у близько 10% хворих. Жінки хворіють у 9 разів частіше, ніж чоловіки. Характерне гематогенне метастазування, перед усім в легені та кістці. Регіональні метастази розвиваються рідко. Протікає досить повільно.

3. Медулярний тип (із С-клітин) виявляють в 7 % випадків. Жінки хворіють в 1,5 рази частіше, ніж чоловіки. Розглядають спорадичну форму медулярного раку та синдром множинної ендокринної неоплазії другого типу (медулярний рак щитоподібної залози в поєднанні з феохромоцитомою та аденомою парашитовидної залози (синдром Сиппла). Медулярний рак супроводжується високим рівнем тіреокальцитоніну в корі, що у близько 6 % хворих проявляється діареею. Регіональні метастази розвиваються у 50% хворих.

4. Недиференційований (аналастичний) рак (із А- та В-клітин) має особливо агресивне протікання та несприятливий прогноз. Чоловіки та жінки хворіють однаково часто. Регіональні метастази зустрічаються у 50 % хворих, віддалені - у 20 %.

5. Плоскоклітинний рак зустрічається в 1 – 3 % випадків. Характеризується тенденцією до місцевого розповсюдження.

6. Дуже рідко зустрічаються: змішані медулярна та фолікулярноклітинна карцинома, карцинома з тимусоподібним диференціюванням, веретеноподібноклітинна з тимусоподібним диференціюванням карцинома, мукоепідермальна карцинома, муцинозна карцинома, склеротуюча мукоепідермальна з соїнофілією карцинома, неепітеліальні пухлини щитоподібної залози (саркоми), метастатичні злоякісні пухлини щитоподібної залози.

Шляхи метастазування раку щитоподібної залози

Поява метастазів характерна на тому етапі розвитку пухлини, коли клінічна захворювання відсутня. В цілому метастази у лімфовузлах ший зустрічаються у близько 60 - 70 % хворих. Нерідко симптоми метастазів превалюють в клінічній картині. Регіональні метастази характерні для папілярного (до 40%), медулярного (до 50%) та недиференційованого (до 50%) раку. Гематогенні метастази характерні більше для фолікулярного раку, перш за все у легені та кістки. Метастази в легені досить довго протікають безсимптомно. Особливості метастатичного пошкодження легенів - множинні розсіяні тіні, часто нагадують міліарний дисемінований туберкульоз, рідше - солітарні округлі метастази. Метастази в кістки частіше бувають множинними та носять або остеолітичний, або змішаний характер, характеризуються повільним прогресуванням. Найчастіше пошкоджуються кістки черепа, далі - хребет, грудина, ребра, кістки тазу і кістки кінцівок.

Клініка раку щитоподібної залози

В початковому періоді розвитку пухлини щитоподібної залози клінічна картина відсутня. По мірі розвитку пухлини основними симптомами є асиметричне збільшення щитоподібної залози та наявність новоутворення, що пальпується. Біль, порушення ковтання зустрічаються рідко і здебільшого в термінальній стадії хвороби. Рак щитоподібної залози розвивається на фоні раніше існуючого зобу і характеризується тривалим анамнезом. Клінічні прояви характеризуються особливостями росту, особливостями метастазування, гормональною активністю пухлини. З урахуванням клінічного протікання виділяють чотири клінічних форми: струмоподібну, тиреоїдоподібну, приховану, псевдозапальну.

При струмоподібній клінічній картині стерта, залоза нерівномірно збільшена, консистенція її щільна або еластична. Метастази в регіонарних лімфовузлах з'являються значно пізніше від первинної пухлини.

Тиреоїдоподібна форма за клінічним перебігом дуже схожа з хронічним тиреоїдитом Хашимото і зобом Ріделя. Часто проявляється вираженим обтураційним синдромом.

За прихованої форми ріст первинної пухлини слабо виражений. Метастази в лімфовузлах виявляються раніше від первинної пухлини. Клінічно ця форма нагадує специфічний або неспецифічний лімфаденит, позаоргани пухлини ший, лімфогрануломатоз, лімфосаркому.

Псевдозапальна форма зустрічається досить рідко. В результаті розпаду пухлини порушується загальний стан хворого. Клініка досить схожа з клінікою гострого тиреоїдиту: підвищується температура тіла, відзначаються болісність та ущільнення тканини щитоподібної залози, гіперемія шкіри передньої поверхні ший.

Стадії раку щитоподібної залози. Класифікація TNM

TX - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T0 - первинна пухлина не визначається.

T1 - пухлина 2 см або менша в найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози.

T2 - пухлина понад 2 см, але не більше 4 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози.

T3 - пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози, або пухлина будь-якого розміру з мінімальним поширенням поза залозу.

T4 - пухлина будь-яких розмірів, яка виходить за межі капсули та проростає в суміжні тканини та органи (T4a – проростає у підшкірні м'які тканини, гортань, трахею, стравохід чи зворотній нерв, T4b – поширюється на передвертебральний простір, охоплює сонну артерію, поширюється на структури середостіння).

Усі анапластичні пухлини оцінюються як T4.

T4a – анапластична карцинома в середині залози, яку можна хірургічно видалити.

T4b – анапластична карцинома, що поширюється за межі залози, яку неможливо видалити хірургічно.

NX – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

N0 – немає ознак ураження регіональних лімфатичних вузлів.

N1 – метастази в регіональних лімфатичних вузлах.

MX – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M0 – немає ознак віддалених метастазів.

M1 – наявні віддалені метастази.

Угрупування раку щитоподібної залози за стадіями

Папілярний та/або фолікулярний рак

До 45 років

I	Будь-яке T	Будь-яке N	M0
II	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Після 45 років

I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1a	M0
IVA	T4a	N0,N1a,N1b	M0
	T1-3	N1b	M0
IVB	T4b	Будь-яке N	M0
IVC	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Медулярний рак

I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1b	M0
IVA	T4a	N0, N1a-b	M0
	T1-3	N1b	M0
IVB	T4b	Будь-яке N	M0
IVC	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Анапластичний рак

IVA	T4a	Будь-яке N	M0
IVB	T4b	Будь-яке N	M0
IVC	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Діагностика раку щитовидної залози

Діагностика раку щитоподібної залози ґрунтується на зборі анамнезу, огляді і пальпації.

Імовірність злоякісної пухлини у щитоподібній залозі досягає 100% при виявленні у хворого двох чи більше симптомів, наведених нижче:

- щільний вузол, фіксований до сусідніх анатомічних структур;
- вузол у щитоподібній залозі, який поєднується з лімфатичними вузлами, що пальпуються;

- вузол у щитоподібній залозі, який поєднується з парезом гортані;
- вузол, який характеризується швидким ростом;
- вузол, який інфільтрує чи проростає шкірний покрив.

Важлива роль відводиться УЗД щитоподібної залози та регіональних лімфовузлів з одночасною тонкоіголковою або трепанбіопсією та цитологічним або морфологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Доцільність радіоізотопного сканування щитоподібної залози дискутується.

З урахуванням того, що рак щитоподібної залози досить часто метастазує в легені та лімфовузли середостіння, показане рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.

Радіоізотопне сканування скелету дозволяє виявити метастатичне пошкодження скелету.

УЗД черевної порожнини є обов'язковим.

Фібробронхоскопія та фіброезофагоскопія показані при підозрі на проростання трахеї та стравоходу.

Загальні принципи лікування раку щитоподібної залози

Лікування раку щитоподібної залози може бути радикальним і паліативним.

До радикальних відносять субтотальну тиреоїдектомію або гемітиреоїдектомію з резекцією перешийку у хворих з T1N0M0 та T2N0M0, а також комбіноване лікування – передопераційну променеву терапію 30-50 Гр, та тиреоїдектомію з фасціальньо-футлярною лімфатектомією у хворих з метастатичним ураженням регіонарних лімфатичних вузлів. При наявності метастазів у регіонарних лімфовузлах, спаяних з кивальним м'язом, проводять операцію Крайля, що передбачає видалення клітковини ший з лімфатичними вузлами, кивального м'язу, внутрішньої яремної вени, підщелепних лімфатичних вузлів.

При диференційованих пухлинах щитоподібної залози в післяопераційному періоді проводять радіоізотопне сканування на предмет виявлення раніше невізуалізованих метастазів, та в разі їх виявлення застосовують радіойодтерапію.

До паліативного лікування відносять променеву терапію та гормонотерапію тиреоїдіном, трийодтироніном або тироксином. При занедбаному раку щитовидної залози високої диференціації задовільних результатів можна досягти за допомогою лікування радіоактивним йодом та гормонотерапією. Хіміотерапія малоефективна. В разі її необхідності застосовують схеми на основі антрациклінів.

В ендемічних щодо раку щитоподібної залози регіонах обов'язковим є проведення протизобних заходів. Важливим є своєчасне виявлення і раннє адекватне хірургічне лікування хворих з вузловими формами зобу, аденомами та їх рецидивами. Особливу увагу слід звернути на спостереження за особами, які належать до групи ризику (ліквідатори аварії на ЧАЕС; люди, що проживають в зоні радіоактивного забруднення; діти, які в дитинстві одержували променеву терапію на зону голови та шиї з приводу різних за характером доброякісних та злоякісних пухлих; особи, професія яких пов'язана з опроміненням; люди, в родині яких були виявлені захворювання на рак ендокринних органів, у т.ч. щитоподібної залози).

Рання діагностика раку щитоподібної залози є надзвичайно важливою та складною проблемою. Традиційні методи (збір анамнезу, огляд та пальпація) малоінформативні, оскільки відсутні специфічні ранні симптоми, за якими можна було б діагностувати захворювання. Сигналами тривоги є будь-яке вузлове утворення, що недавно з'явилося в залозі; прискорення росту, зміна конфігурації, ущільнення чи поява бугристості вузлового чи дифузного зобу; поява безболісних збільшених лімфовузлів на шиї; поява утрудненого ковтання, осиплості голосу чи відчуття тиску в ділянці щитоподібної залози.

Чи не найважливішим для своєчасного виявлення раку щитоподібної залози методом обстеження є ультразвукове дослідження щитоподібної залози та регіонарних лімфовузлів. За необхідності слід виконати тонкоголкову пункційну біопсію під УЗ-контролем та цитологічне дослідження одержаного матеріалу. Допоміжними методами діагностики є непряма ларингоскопія, рентгенографія органів грудної клітки, КТ чи МРТ шиї та грудної клітки, остеосцинтиграфія, визначення рівня гормонів щитоподібної залози, кальцитоніну (при підозрі на медулярний рак).

1. Що є неправильним стосовно даних з анатомії щитоподібної залози?

- 1) нижня щитовидна артерія є гілкою внутрішньої сонної артерії;
- 2) верхня щитовидна артерія є гілкою зовнішньої сонної артерії;
- 3) по задній поверхні обох часток щитовидної залози знаходяться паращитоподібні залози;
- 4) по задньо-боковій поверхні обох часток щитоподібної залози проходять зворотні нерви;
- 5) венозна кров від щитоподібних залоз відтікає в систему верхньої порожнистої вени.

2. Регіональними лімфатичними вузлами для щитоподібної залози є: 1) шийні лімфатичні вузли; 2) лімфатичні вузли верхнього середостіння; 3) парастернальні лімфатичні вузли.

- 1) вірно 1 і 2;
- 2) вірно 2;
- 3) вірно 3;
- 4) все вірно;
- 5) вірно 1.

3. В Україні захворюваність на рак щитоподібної залози в середньому на 100000 населення складає:

- 1) 4;
- 2) 6;
- 3) 8;
- 4) 10;
- 5) 15.

4. Захворюваність на рак щитоподібної залози:

- 1) підвищується;
- 2) знижується;
- 3) залишається на одному рівні;
- 4) підвищується у чоловіків, знижується у жінок;
- 5) підвищується у жінок, знижується у чоловіків.

5. Рак щитоподібної залози виникає:

- 1) у чоловіків рідше, ніж у жінок у 3 – 5 разів;
- 2) у чоловіків частіше, ніж у жінок у 3 – 5 разів;
- 3) у чоловіків і жінок з однаковою частотою;
- 4) у чоловіків рідше, ніж у жінок у 2 рази;
- 5) у чоловіків частіше, ніж у жінок у 2 рази.

6. На вірогідність виникнення раку щитоподібної залози не впливає:

- 1) куріння;
- 2) радіоактивне опромінення;
- 3) зоб;
- 4) нестача йоду.

7. Як вплинула аварія на Чорнобильській АЕС на рівень захворюваності раком щитоподібної залози в зонах радіоактивного забруднення в Україні:

- 1) призвела до росту захворюваності у осіб, опромінених у дитячому віці;
- 2) призвела до значного росту захворюваності у всіх постраждалих від радіації;
- 3) до росту захворюваності не призвела;

- 4) значно збільшилася захворюваність у чоловіків;
5) дані відсутні.

8. До факторів, що сприяють розвитку раку щитовидної залози, відносяться:

- 1) іонізуюча радіація; 2) куріння; 3) вузловий зоб; 4) надмірна вага.
1) вірно 1 і 3;
2) вірно 2;
3) вірно 3;
4) все вірно;
5) вірно 1.

9. Який гістологічний варіант раку щитоподібної залози займає друге місце за частотою виявлення:

- 1) фолікулярний рак;
2) медулярний рак;
3) папілярний рак;
4) плоскоклітинний рак;
5) недиференційований рак.

10. Найчастішою гістологічною формою раку щитоподібної залози є:

- 1) папілярний;
2) фолікулярний;
3) медулярний;
4) недиференційований;
5) плоскоклітинний.

11. Характеристика фолікулярного раку щитовидної залози: 1) росте відносно повільно; 2) часто ушкоджує регіональні лімфатичні вузли; 3) має схильність до гематогенного метастазування.

- 1) все вірно;
2) вірно 1;
3) вірно 2;
4) вірно 3;
5) вірно 1 і 3.

12. Характеристика папілярного раку щитоподібної залози: 1) найчастіша форма раку щитовидної залози; 2) росте відносно повільно; 3) метастазує частіше в регіональні лімфатичні вузли.

- 1) все вірно;
2) вірно 1;
3) вірно 2;
4) вірно 3;
5) вірно 2 і 3.

13. Характеристика недиференційованого раку щитоподібної залози: 1) стрімко росте; 2) рано метастазує; 3) усі виявлені випадки належать до IV стадії.

- 1) все вірно;
2) вірно 1;
3) вірно 2;
4) вірно 3;
5) вірно 1 і 2.

14. Характеристика медулярного раку щитоподібної залози: 1) виникає із С-клітин щитоподібної залози; 2) маркером є вміст кальцитоніну в пухлині та крові; 3) ліарез.

- 1) усе вірно;
- 2) вірно 1;
- 3) вірно 2;
- 4) вірно 3;
- 5) вірно 1 і 2.

15. При якій гістологічній формі раку щитоподібної залози прогноз для життя найбільш несприятливий:

- 1) недиференційований рак;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) фолікулярний рак;
- 4) папілярний рак;
- 5) медулярний рак.

16. Особливості метастазів раку щитоподібної залози у легені:

- 1) довго протікають безсимптомно;
- 2) найчастіше проявляються кровохарканням;
- 3) рано виникає задишка;
- 4) можна виявити лише методом радіоізотопного сканування;
- 5) характерні лише для фолікулярного раку.

17. Метастази раку щитоподібної залози найчастіше виявляють у:

- 1) кістках черепа;
- 2) хребті;
- 3) груднині;
- 4) ребрах;
- 5) кістках кінцівок.

18. Найчастішим симптомом раку щитовидної залози є:

- 1) шільний вузол в щитоподібній залозі;
- 2) осиплість голосу;
- 3) слабкість;
- 4) збільшення шийних лімфатичних вузлів;
- 5) втрата ваги.

19. Симптоми проростання раку щитовидної залози в сусідні органи і тканини:

- 1) осиплість голосу; 2) дисфагія; 3) задишка.
- 1) усе вірно;
- 2) вірно 2;
- 3) вірно 3;
- 4) вірно 1;
- 5) вірно 1 і 3.

20. Клінічними формами раку щитоподібної залози є:

- 1) усе перераховане;
- 2) струмоподібна;
- 3) тиреоїдоподібна;
- 4) псевдозапальна;
- 5) пухлинна.

21. «Прихована» форма раку щитоподібної залози – це:

- 1) наявність регіональних метастазів в лімфатичних вузлах ший при відсутності пухлини, що пальпується в щитоподібній залозі;
- 2) рак щитоподібної залози з гіпотиреозом;
- 3) наявність вузла у першийку щитоподібної залози;
- 4) вузол, що пальпується в щитоподібній залозі при відсутності клінічних проявів;
- 5) класична аденома щитовидної залози.

22. При вузлових утвореннях в щитовидній залозі підозра на рак виникає у разі:

- 1) наявності всіх 4-ох ознак;
- 2) прискорення росту вузла;
- 3) появи збільшених лімфатичних вузлів на ший;
- 4) появи осиплості голосу, дисфагії;
- 5) наявності бугристих щільних утворень.

23. Диференційний діагноз раку щитоподібної залози слід проводити з такими захворюваннями, як: 1) хронічний тиреоїдит Ріделя; 2) вузловий зоб; 3) аутоімунний тиреоїдит Хашимото.

- 1) все вірно;
- 2) вірно 2;
- 3) вірно 3;
- 4) вірно 1;
- 5) вірно 1 і 2.

24. У хворой виявлено анапластичний рак щитовидної залози близько 2 см в діаметрі. Пухлина проростає капсулу залози та трахею. На КТ грудної клітки в легенях множинні тіні близько 2 см в діаметрі. Яка стадія раку у хворой?

- 1) T4bN0M1
- 2) T4bN1M2
- 3) T4aN0M1
- 4) T3N0M1
- 5) T1N1M1

25. Чоловіка віком 43 років обстежено з приводу вузлового утворення лівої частки щитоподібної залози. За даними УЗД в щитоподібній залозі пухлина 1,5 см в діаметрі. Регіонарні лімфатичні вузли не візуалізуються. Виконана тонкогількова аспіраційна пункційна біопсія. Цитологічно – в пунктаті виявлені клітини папілярного раку щитоподібної залози. Даних щодо віддалених метастазів не виявлено. Яка стадія раку у хворого?

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;
- 5) визначити стадію неможливо.

26. У жінки 56 років виявлено пухлину щитоподібної залози близько 2 см в діаметрі, що проростає підшкірні м'які тканини та зворотній нерв. При подальшому обстеженні виявлено метастази в шийних лімфатичних вузлах. Віддалених метастазів не виявлено. При біопсії шийного лімфовузла – метастаз медулярного раку. Яка стадія раку у хворой?

- 1) T4aN1M0;
- 2) T4N2M0;
- 3) T1N1M0;
- 4) T2N1M0;

27. Для морфологічного підтвердження раку щитоподібної залози проводяться:

1) тонкоголова пункція новоутворення щитовидної залози; 2) тонкоголова пункція щитоподібної залози під контролем УЗД; 3) тонкоголова пункція під рентгеновським контролем.

- 1) вірно 1 і 2;
- 2) вірно 2;
- 3) вірно 3;
- 4) все вірно;
- 5) вірно 1.

28. Сцинтиграфія щитоподібної залози при обстеженні хворого на рак щитоподібної залози дозволяє: 1) візуалізувати пухлини більше 1,0 – 1,5 см; 2) визначити рівень накопичення ізотопу в пухлині; 3) виявити регіонарні метастази в лімфатичних вузлах ший.

- 1) вірно 1 і 2;
- 2) вірно 2;
- 3) вірно 3;
- 4) все вірно;
- 5) вірно 1.

29. Рак щитоподібної залози при пальпації звичайно визначається у вигляді:

- 1) щільного безболісного вузла;
- 2) щільного болісного вузла;
- 3) вузла з розм'якшенням в центрі;
- 4) дифузного ущільнення;
- 5) дифузного збільшення залози.

30. Клінічний мінімум при підозрі на рак щитоподібної залози не включає:

- 1) ізотопне сканування;
- 2) ультразвукове дослідження;
- 3) пункцію залози або збільшеного лімфатичного вузла;
- 4) рентгенологічне дослідження грудної клітки.

31. Радикальним методом лікування високодиференційованого раку щитоподібної залози є:

- 1) хірургічне лікування;
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія;
- 4) поєднана променева терапія;
- 5) гіпертермія.

32. Радикальною операцією у разі раку щитоподібної залози є: а) тиреоїдектомія; б) резекція щитоподібної залози; в) субтотальна резекція щитоподібної залози; г) гемітиреоїдектомія з видаленням перешийки; д) енуклеація вузла.

- 1) вірно а, в, г;
- 2) вірно а, б, в, г;
- 3) вірно а, б, в;
- 4) вірно а, в;
- 5) все вірно.

33. Фасціальньо-футлярне висічення клітковини шиї у хворих на рак щитоподібної залози проводять:

- 1) при наявності рухомих метастазів у шийні лімфатичні вузли;
- 2) при недиференційованих формах раку щитоподібної залози;
- 3) з профілактичною метою при всіх формах раку щитоподібної залози;
- 4) при регіонарних лімфовузлах, спаяних з кивальним м'язом;
- 5) при нерухомих регіонарних метастазах.

34. Операцію Крайля у хворих на рак щитоподібної залози проводять:

- 1) при наявності метастазів у регіональних лімфовузлах, спаяних з кивальним м'язом;
- 2) при недиференційованих формах раку щитоподібної залози;
- 3) при наявності рухомих метастазів в шийних лімфатичних вузлах;
- 4) з профілактичною метою при всіх формах раку щитоподібної залози;
- 5) при нерухомих регіонарних метастазах.

35. При операції Крайля висікають: а) клітковину шиї з лімфатичними вузлами; б) кивальний м'яз; в) внутрішню яремну вену, підщелепні лімфатичні вузли; г) під'язичну кістку.

- 1) вірно а, б, в, г;
- 2) вірно а, б, в;
- 3) вірно а, б;
- 4) все вірно;
- 5) вірно а, г.

36. З метою ад'ювантної терапії при диференційованих раках щитоподібної залози застосовують:

- 1) радіойодтерапію;
- 2) хіміотерапію;
- 3) гормонотерапію;
- 4) дистанційну гамматерапію;
- 5) таргетні препарати.

37. Про нерадикальність лікування медулярного раку щитоподібної залози свідчить підвищений вміст в крові:

- 1) кальцитоніну;
- 2) серотоніну;
- 3) трийодтироніну;
- 4) ерготоніну;
- 5) меланіну.

38. Радикальним методом лікування раку щитоподібної залози є:

- 1) хірургічне втручання;
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія;
- 4) лікування радіоактивним йодом;
- 5) гормонотерапія.

39. Чи залежить прогноз та віддалені результати лікування від гістологічної будови пухлини?

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) чітких закономірностей немає.

40. Для своєчасного виявлення раку щитоподібної залози у осіб, які входять в групу ризику, в першу чергу слід застосовувати:

- 1) УЗД щитоподібної залози;
- 2) клінічний огляд;
- 3) пальпацію щитоподібної залози;
- 4) збір анамнезу;
- 5) усе перераховане.

41. При профілактичному УЗД щитоподібної залози у жінки 44 років виявлено вузол близько 6 мм в діаметрі. Яке діагностичне дослідження необхідно виконати в першу чергу?

- 1) тонкогількову пункційну біопсію під УЗ-контролем;
- 2) трепанбіопсію;
- 3) КТ ший;
- 4) рентгенографію ший;
- 5) непряму ларингоскопію.

42. До факторів, що сприяють розвитку раку щитоподібної залози належать:

- 1) іонізуюче опромінення; 2) куріння; 3) вузловий зоб; 4) надлишкова вага.
- 1) правильно 1;
- 2) правильно 2;
- 3) правильно 3;
- 4) правильно 4;
- 5) правильно 1 і 3.

43. Нехарактерною гістологічною формою для раку щитоподібної залози є:

- 1) папілярний;
- 2) фолікулярний;
- 3) медулярний;
- 4) недиференційований;
- 5) базальноклітинний.

44. Хворий 49-ти років оперується з приводу раку щитовидної залози. При ревізії пухлини і проведенні експрес-діагностики встановлено: ступінь поширення процесу – Т3Nа M0, морфологічно - папілярна форма карциноми. Яким повинен бути обсяг радикального оперативного втручання?

- 1) тиреоїдектомія;
- 2) субтотальна резекція залози;
- 3) резекція ураженої долі;
- 4) енукеація пухлини;
- 5) резекція ураженої долі з перешийком.

45. Хворому віком 26 років встановлено діагноз: рак щитоподібної залози, T1N1M1. Яка стадія раку у хворого?

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;
- 5) даних для визначення стадії недостатньо.

46. Чоловіка 56 років прооперовано з приводу метастазу у ліву легеню раку з невстановленою первинною локалізацією. Гістологічно – метастаз медулярної карциноми. Яка найімовірніша локалізація первинного пухлинного процесу?

- 1) щитоподібна залоза;
- 2) наднирники;
- 3) легені;
- 4) шкіра;
- 5) шлунок.

47. До неспителіальних пухлин щитоподібної залози не належить:

- 1) солідний рак з амліодозом стромы;
- 2) лімфосаркома;
- 3) ретикулосаркома;
- 4) гемангіоендотеліома;
- 5) гемангіоперицитома.

48. При поодиноких вузлах у щитоподібній залозі частота виявлення раку складає:

- 1) 1 – 2%;
- 2) 2 – 5%;
- 3) 5 – 10%;
- 4) 10 – 20%;
- 5) 30 – 40%.

49. Найкращий прогноз у хворих на рак щитоподібної залози з гістологічною структурою раку:

- 1) папілярного;
- 2) фолікулярного;
- 3) медулярного;
- 4) плоскоклітинного;
- 5) недиференційованого.

50. Найгірший прогноз у хворих на рак щитоподібної залози з гістологічною структурою раку:

- 1) папілярного;
- 2) фолікулярного;
- 3) медулярного;
- 4) плоскоклітинного;
- 5) недиференційованого.

51. Факторами, що впливають на прогноз у хворих на рак щитоподібної залози є:
а) вік хворого; б) гістологічна структура пухлини; в) проростання капсули залози;
г) розмір пухлини; д) наявність віддалених метастазів.

- 1) вірно а, б, г;
- 2) вірно а, б, в, д;
- 3) вірно б, в, д;
- 4) вірно б, в, г, д;
- 5) усе вірно.

52. Першим кроком у лікуванні раку щитоподібної залози є:

- 1) нелад'ювантна хіміотерапія;
- 2) супресивна гормонотерапія;
- 3) передопераційна променева терапія;
- 4) хірургічне втручання;
- 5) імунотерапія.

53. Для доопераційної верифікації раку щитоподібної залози найчастіше застосовують:

- 1) аспіраційну біопсію тонкою голкою;
- 2) біопсію товстою голкою;
- 3) трепанбіопсію;
- 4) інцизійну біопсію;
- 5) ексцизійну біопсію.

54. На павільярний рак приходить такий відсоток від усіх раків щитоподібної залози:

- 1) 65 – 75;
- 2) 10 – 20;
- 3) 20 – 30;
- 4) 30 – 40;
- 5) 40 – 65.

55. У разі необхідності при хіміотерапії раку щитоподібної залози найчастіше використовують:

- 1) антрацикліни;
- 2) таксани;
- 3) похідні метилтіосечовини;
- 4) фторпіримідини;
- 5) таргетні препарати.

56. Для видалення залишкової тканини щитоподібної залози після тиреоїдектомії : приводу фолікулярного та павільярного раку застосовується:

- 1) хірургічне видалення;
- 2) радіоіодобляція;
- 3) хіміотерапія;
- 4) дистанційна променева терапія;
- 5) брахітерапія.

57. Основний метод лікування раку щитовидної залози без метастазів:

- 1) хірургічний;
- 2) променевий;
- 3) хіміотерапія;
- 4) комбінований;
- 5) комплексний.

58. Тактика лікування раку щитовидної залози T2N0M0:

- 1) променева терапія;
- 2) операція;
- 3) хіміотерапія + променева терапія;
- 4) променева терапія + хіміотерапія;
- 5) променева терапія + операція + хіміотерапія.

59. Найважливіший метод діагностики раку щитовидної залози:

- 1) ультразвуковий;
- 2) радіоізотопний;
- 3) рентгенологічний;
- 4) біопсія;
- 5) імуноферментний.

60. У вагітної жінки у II триместрі виявлено високодиференційований рак щитовидної залози. Ваша тактика?

- 1) виконати радикальну операцію, а вагітність можна не переривати;
- 2) вагітність перервати, а після цього розпочати лікування;
- 3) розпочати лікування, а потім перервати вагітність;
- 4) лікування можна розпочати після пологів;
- 5) питання про спосіб лікування та відношення до продовження вагітності вирішується за бажанням жінки.

61. У вагітної жінки у I триместрі виявлено низькодиференційований рак щитоподібної залози. Ваша тактика:

- 1) розпочати лікування, а вагітність можна не переривати;
- 2) вагітність перервати, а після цього розпочати лікування;
- 3) розпочати лікування, а потім перервати вагітність;
- 4) лікування можна почати після пологів;
- 5) питання про спосіб лікування та відношення до продовження вагітності вирішується за бажанням жінки.

62. Який з перерахованих методів є найефективнішим для визначення рецидиву медулярного раку щитовидної залози:

- 1) ультразвукова ехолокація щитовидної залози;
- 2) рівень кальцитоніну крові;
- 3) рівень тиреоглобуліну;
- 4) рентгенограма м'яких тканин;
- 5) сканування щитовидної залози.

63. Рак щитовидної залози частіше виникає на фоні:

- 1) вузлового зобу;
- 2) дифузного зобу;
- 3) ендемічного зобу;
- 4) аденоми щитовидної залози;
- 5) незміненої залози.

64. Зміна рівня секретії кальцитоніну у хворих на рак щитовидної залози характерна для:

- 1) медулярного раку;
- 2) фолікулярного раку;
- 3) папілярного раку;
- 4) недиференційованого раку;
- 5) неепітеліальних злоякісних пухлин.

65. pT_2 при раку щитовидної залози:

- 1) пухлина до 4 см в найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитовидної залози;
- 2) пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитовидної залози;
- 3) пухлина розміром понад 4 см в найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитовидної залози;
- 4) пухлина будь-яких розмірів з вrostанням в капсулу щитовидної залози;
- 5) пухлина будь-яких розмірів з поширенням за межі капсули щитовидної залози.

66. Для гормонального лікування раку щитовидної залози застосовують:

- 1) гормони щитовидної залози;
- 2) гормони гіпофізу;
- 3) гормони надниркової залози;

- 4) статеві гормони;
- 5) антигормональні препарати.

67. Оптимальним радикальним лікуванням хворих на диференційований рак щитовидної залози I стадії є:

- 1) гемітиреоїдектомія з резекцією перешийка;
- 2) тотальна тиреоїдектомія;
- 3) субтотальна резекція;
- 4) клиноподібна резекція частки;
- 5) вишушення пухлини.

68. Радіоїодтерапія хворих на рак щитовидної залози може бути ефективною при:

- 1) папілярній та фолікулярній аденокарциномі;
- 2) меділярному раку;
- 3) недиференційованому раку;
- 4) неепітеліальних пухлинах;
- 5) при будь-якій морфологічній структурі пухлини.

69. Метастази раку щитовидної залози частіше виявляються у:

- 1) легенях;
- 2) печінці;
- 3) нирках;
- 4) шкірі;
- 5) кістках.

70. «Раннім» симптомом раку щитоподібної залози є:

- 1) дисфагія;
- 2) осиплість голосу;
- 3) ущільнення та збільшення залози;
- 4) схуднення;
- 5) біль при ковтанні.

КЛЮЧІ ДО ТЕСТІВ ЗА ТЕМОЮ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»

1	/	11	/	21	/	31	/	41	/	51	5	61	/
2	/	12	/	22	/	32	/	42	5	52	4	62	2
3	/	13	/	23	/	33	/	43	5	53	/	63	/
4	/	14	/	24	/	34	/	44	/	54	/	64	/
5	/	15	/	25	/	35	/	45	2	55	/	65	/
6	/	16	/	26	/	36	/	46	/	56	2	66	/
7	/	17	/	27	/	37	/	47	/	57	/	67	/
8	/	18	/	28	/	38	/	48	4	58	2	68	/
9	/	19	/	29	/	39	/	49	/	59	4	69	/
10	/	20	/	30	/	40	5	50	5	60	/	70	3

Методика пальпації щитоподібної залози

При пальпації щитоподібної залози слід перш за все звернути увагу на її розміри. В нормі щитоподібна залоза може визначатися, при цьому її розмір не повинен бути більшим нігтьової пластинки першого пальця руки хворого. На основі огляду і пальпації визначають ступінь її збільшення:

- 1 ступінь – щитоподібна залоза не візуалізується та слабо прощупується;
- 2 ступінь – щитоподібна залоза пальпується та видна при повному розгинанні ший;
- 3 ступінь – щитоподібну залозу чітко видно при звичайному положенні ший («товста шия» із-за помітного зобу);
- 4 ступінь – щитоподібна залоза значно збільшена та виходить за зовнішні краї грудино-ключично-соскоподібного м'яза;
- 5 ступінь – сильно збільшена щитоподібна залоза деформує та спотворює контури ший.

Після оцінки розмірів залози звертають увагу на:

- консистенцію (в нормі м'якоеластична);
- характер поверхні (в нормі гладенька);
- характер збільшення (дифузний чи вузловий);
- ступінь рухомості при ковтанні (в нормі рухома);
- наявність чи відсутність пульсації (в нормі пульсація відсутня);
- наявність болю при пальпації (в нормі пальпація безболісна)

Спочатку проводять орієнтовну пальпацію.

При спеціальному пальпаторному дослідженні чотири зігнутих пальці обох рук розміщують глибоко за задні краї грудино-ключично-соскоподібного м'яза, а великий палець – за її передні краї. Під час пальпації щитоподібної залози хворому пропонують проводити ковтальні рухи, при яких залоза рухається разом з гортанню та переміщується поміж пальцями лікаря.

Полегшити пальпацію можна шляхом натискання на щитоподібний хрящ з однієї сторони, внаслідок чого частка щитоподібної залози зміщується в протилежну сторону. При альтернативному обстеженні слід стати позаду хворого, що сидить прямо, попросити його для розслаблення м'язів ший злегка нахилити голову вперед і вправо. Чотирма пальцями лівої руки обережно зміщують трахею вправо і розміщують пальці між трахеєю і грудино-ключично-соскоподібним м'язом, злегка його посуваючи. При ковтанні права частка щитоподібної залози зміщується під пальцями. Такі ж дії повторюють при пальпації лівої частки.

Перешийок пальпують ковзними рухами пальців у вертикальному напрямку над рукояткою груднини.

(словник містить назви та тлумачення симптомів і хвороб, які мають безпосереднє відношення до теми заняття або можуть бути у нагоді при диференційній діагностиці)

БЕРРІ СИМПТОМ (BERRY). Служить для диференційної діагностики доброякісної та злоякісної пухлини щитоподібної залози: сонна артерія добре прощупується за пухлиною щитоподібної залози, якщо вона доброякісна (артерія відтиснута пухлиною), у разі злоякісної пухлини артерія прощупується погано або зовсім не прощупується (пухлина щільно облягає артерію).

ВАЛЬСАЛЬВИ СИМПТОМ (VALSALVA). Пухлинноподібне утворення, яке з'являється на шії при кашлі. Виявляють при за грудинному ("поринаючому") зобі.

ВЕЛ'ЯМИНОВА ХВОРОБА (ВЕЛ'ЯМИНОВ). *Синоніми:* тиреотоксична мастопатія, істерична пухлина молочної залози.

Клінічно характеризується поєднанням тиреотоксикозу і мастопатії. Ураження молочних залоз частіше двохстороннє. Характерний больовий синдром. В анамнезі – психотравма, прояви тиреотоксикозу.

БЕРМЕРА СИНДРОМ (WERMER). Поєднання ендокринного аденоматоза і пептичних виразок тонкої кишки. Розвиваються доброякісна пухлина гіпофізу, аденоматозна гіперплазія навколощитовидних залоз, множинні пухлини островків підшлункової залози (доброякісні та злоякісні), аденома щитовидної залози, гіпертрофія слизової оболонки шлунка. Можуть розвиватися також множинний ліпоматоз, зустрічаються бронхокарциноми. Описані випадки захворювання серед членів сім'ї. Причина невідома.

ВЕРХНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ СИНДРОМ. Порушення кровообігу в венах системи верхньої порожнистої вени у хворих на пухлини легенів, лімфатичних вузлів середостіння, новоутвореннями стравоходу, щитовидної та вилочкової залоз, з запаленням середостіння, серцево-судинними порушеннями. Клінічні симптоми проявляються відносно пізно. Початкові ознаки: розширення вен на грудній клітці, акроціаноз, що підсилюється при фізичному навантаженні. Далі виникає набряк шкіри верхньої половини тіла, іноді – набряк гортані, язика, сітківки ока. В таких випадках настає афонія, запаморочення, головні болі, шум у вухах, сонливість, порушення зору.

«ЗАЛІЗНИЙ ЗОБ». Див.: **РІДЕЛЯ СИНДРОМ**

КУССМАУЛЯ СИМПТОМ 1 (KUSSMAUL). Набухання яремних вен при вдиху. Спостерігають при пухлинах середостіння, перикардиті.

ЛАНГХАНСА ЗОБ (LANGHANS). *Синонім:* проліферуюча, швидкоростуча струма Лангханса.

Злоякісна пухлина щитовидної залози у вигляді вузла з гладкою поверхнею. Іноді має часточкову будову та складається з декількох вузлів, які зливаються в один конгломерат. Мікроскопічно: епітеліальні клітини мають нечіткі межі. Множинні епітеліальні тяжі, які переплітаються. Злоякісність пухлини визначається проростанням капсули, проникненням пухлини в судини і метастазуванням.

ЛАНГХАНСА СТРУМА ПРОЛІФЕРУЮЧА ШВИДКОРОСТУЧА. Див.: **ЛАНГХАНСА ЗОБ**

ЛЕЙТОНА – ТОРНБУЛЛА - БРЕТТОНА СИНДРОМ (LEYTON – TORNBUILL - BRATTON). Гормональні порушення, що нагадують синдром Кушинга у дітей. Причина захворювання – первинна пухлина щитовидної залози.

МЕДІАСТИНАЛЬНІ СИНДРОМИ (MEDIASTINALES). Виникають внаслідок стиснення органів середостіння пухлинами, кістами, дивертикулами, аневризмами і т.ін. Причиною можуть бути також травматичні ушкодження органів, розташованих в середостінні, котрі супроводжуються гематомами, а ушкодження медіастинальної плеври та легені або трахеї – емфіземою. Наростаюча дихальна недостатність, утруднений приток

крові по порожнистим венам та порушення діяльності серця, білкова дистрофія у зв'язку з випотом, стискання діафрагмального та блукаючого нерва в результаті призводять до термінального стану хворого.

МЕДІАСТИНАЛЬНИЙ ЗАДНІЙ СИНДРОМ. Внаслідок стиснення стравоходу та ураження симпатичного нервового стовбуру розвивається дисфагія, міжреберна невралгія, іноді розвивається синдром Клода – Бернара - Горнера. Це спостерігається при пухлинах стравоходу, невриномах суміжного стовбуру, кістах дивертикулах стравоходу.

МЕДІАСТИНАЛЬНИЙ ПЕРЕДНІЙ СИНДРОМ. Виникає внаслідок стиснення трахеї та верхньої порожнистої вени: утруднене дихання, ціаноз, набряк лиця, шиї та верхніх кінцівок. Причиною його розвитку в більшості випадків є пухлина щитоподібної залози, тимомма, лімфогранулематоз (медіастинальна форма), проростання пухлини з бронха в середостіння, інші злоякісні та деякі доброякісні пухлини середостіння (ліпома, дермоїд, гемангіома), кісти, аневризми аорти та серця, рідше – туберкульозний лімфаденіт.

МЕДІАСТИНАЛЬНИЙ СЕРЕДНІЙ СИНДРОМ. Внаслідок стиснення лівого зворотного нерву та бронхів розвивається дистонія, задуха, стридорозне дихання, кашель. Причиною є біфуркаційний лімфаденіт, метастази, кісти, рідше – саркоїдоз.

ПЛАММЕРА СИНДРОМ (PLUMMER). Солітарна аденома щитоподібної залози з симптомами тиреотоксикозу: нападopodobна тахікардія, екстрасистолія та мерехтіння передсердь, пізніше – часто серцево-судинна недостатність; характерні для тиреотоксикозу очні симптоми відсутні (в рідкісних випадках екзофтальм); під час нападу тахікардії нерідко набрякає одна сторона шиї; тиреотоксична міастенія; підвищений основний обмін, при скануванні щитоподібної залози знаходять так званий гіперфункціонуючий («гарячий») вузол. Гінекотропізм (зустрічається здебільшого у жінок).

РІДЕЛЯ СИНДРОМ (RIEDEL). Синонім: «Залізний зоб».

Хронічний тиреоїдит з розростанням сполучної тканини та згубою фолікулярного епітелію. Щитоподібна залоза тверда, збільшена. Проявів тиреотоксикозу та лихоманки немає. Хронічний запальний процес може переходити на оточуючі тканини, нерви, судини, що обумовлює появу симптомів стискання трахеї (стридор) та зворотного нерву: задишку, що посилюється в положенні лежачи, утруднене ковтання (дисфагія), осиплість голосу (афонія). Може виникнути односторонній параліч голосових зв'язок. Вважають, що в основі захворювання лежать аутоімунні реакції.

ТИРЕОТОКСИЧНА МАСТОПАТІЯ. Див.: ВЕЛЬЯМІНОВА ХВОРОБА.

ХАШИМОТО ЗОБ (HASHIMOTO)– хронічний тиреоїдит аутоімунного генезу. Спостерігається хронічна запальна реакція з утворенням інфільтратів із гігантських та плазматичних клітин. Залоза пошкоджується рівномірно. Характеризується дифузним збільшенням щитоподібної залози. Консистенція її еластична, рухомість збережена. Супроводжується симптомами гіпотиреозу, підвищенням титру антитіл до тиреоглобуліну, зміною гормонального статусу.

А-клітини – клітини, що утворюють стінку фолікула. Поглинають йод. Продукують в центр фолікула в'язкий колоїд, що містить тиреоглобулін. Продукція тиреоглобуліну регулюється тиреотропним гормоном гіпофізу за принципом зворотного зв'язку. З А-клітин розвивається фолікулярний та папілярний рак щитоподібної залози.

В-клітини – змінені фолікулярні клітини. В нормальній тканині щитоподібної залози зустрічаються рідко. Виробляють серотонін. З В-клітин, як і з А-клітин, розвивається фолікулярний та папілярний рак щитоподібної залози.

Аденома щитоподібної залози – доброякісна пухлина щитоподібної залози. Має шаровидну форму, еластичну консистенцію, гладку поверхню, на протязі тривалого часу не змінюється у розмірах або збільшується дуже повільно. Іноді досягає великих розмірів. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки.

Гіпопаратиреоз – ускладнення тиреоїдектомії. Клінічно проявляється розвитком судом за рахунок зниження рівня кальцію в крові. Виникає у 5 – 10% прооперованих хворих. У більшості випадків рівень кальцію відновлюється через 1 – 2 неділі.

Гормонотерапія замісна – проводиться тиреоїдними лікарськими засобами. Застосовується після операції у хворих на рак щитоподібної залози з врахуванням обсягу операції, віку та загального стану хворого. Правильність підбору добової норми препаратів контролюють за вмістом гормонів у крові. При цьому необхідно забезпечити пригнічення вироблення гіпофізом тиреотропного гормону.

Зворотний гортанний нерв – гілка блукаючого нерву, що іннервує м'язи гортані. Розташований між трахеєю та стравоходом. Прилягає до щитовидної залози. Стискання нерву пухлиною викликає односторонній парез м'язів гортані та проявляється афонією.

Зоб вузловий – одне з найбільш розповсюджених захворювань щитоподібної залози, зустрічається у 5 – 10% населення, головним чином у жінок. Вузловий зоб часто розглядають як вікову трансформацію щитоподібної залози. Сприяє розвитку колоїдного зобу йодний дефіцит. Однак його розповсюдженість значна і регіонах з нормальним вживанням йоду. Клінічні прояви в більшості випадків відсутні. При крупних вузлових утвореннях можливий косметичний дефект на шії, компресійний синдром, обумовлений здавленням трахеї.

Зоб ендемічний – дифузне збільшення щитоподібної залози, обумовлене дефіцитом йоду.

Зоб дифузний токсичний – характеризується дифузним збільшенням щитоподібної залози і підвищенням її функції – збільшенням продукції тиреоїдних гормонів. Головна скарга хворих – прискорене серцебиття. Бентежить також сильна слабкість, нервова збудливість, плаксивість, дратівливість, незлагодність, конфліктність, пітливість, тремор рук. Хворі втрачають вагу, не дивлячись на підвищений апетит, розвивається екзофтальм. Шия збільшується в об'ємі. Схильність до токсичного зобу унаслідкується генетично.

Йод – мікроелемент, необхідний для біосинтезу тиреоїдних гормонів – тироксину та трийодтироніну. Поступає в організм людини з їжею, водою, повітрям. 90% добової потреби в йоді забезпечується продуктами харчування, 4– 5% – водою, біля 4 – 5% – поступає з повітрям.

Навоколофолікулярні клітини – розташовуються в стромі, що оточує фолікули, накопичують йод, але продукують кальцитонін. Із цих клітин виникає медулярний рак.

Кальцитонін – гормон, що знижує рівень кальцію в крові, антагоніст паратирину (гормону пара щитоподібних залоз). Виробляється колофолікулярними залозами.

Колофолікулярні залози – розташовані в стромі, що оточує фолікули, захвачують йод, але продукують кальцитонін.

Крайля операція – дивись лімфодисекція (лімфаленектомія) шийна радикальна

Лімфодисекція (лімфаденектомія) шийна радикальна – виконується при множинних метастазах в лімфатичні вузли з втягненням у пухлинний процес внутрішньої яремної вени. В блок тканин, які видаляються, включають груднино-ключично сосцевидний м'яз, внутрішню яремну вену, додатковий нерв, жирову клітковину та лімфатичні вузли в межах: знизу – ключиця, зверху – нижній полюс навколоушної слинної залози, латерально – край трапезієвидного м'яза, медіально – середня лінія шиї.

Лімфодисекція (лімфалектомія) шийна модифікована передбачає збереження груднино-ключично сосцевидного м'яза та/або внутрішньої яремної вени. Межі дисекції такі ж, як при операції Крайля.

Лімфодисекція медіастинальна – виконують у хворих з множинними регіональними метастазами медулярного чи анапластичного раку. Методика передбачає стернотомію, мобілізацію, видалення або часткову резекцію тимуса. Висікають клітковину переднього середостіння що розташована позаду вилючкової залози на перикарді, частину плече головних судин, позаду верхньої порожнистої вени. Парастернальну клітковину видаляють разом з вісцеральною фасцією.

Лімфодисекція верхня – висікають клітковину підщелепного та підбородочного трикутника шиї, верхні та середні яремні лімфатичні вузли.

Лімфодисекція шийна латеральна – проводиться з профілактичною метою в усіх випадках, коли до операції або під час неї немає достовірних ознак регіональних метастазів меланоми. Видаляють нижні глибокі (латеральні) шийні лімфовузли єдиним блоком з клітковиною бокового трикутника шиї. Межі втручання: знизу – ключиця, позаду – передній край зовнішньої яремної вени, зверху – під'язична кістка, попереду – передній край груднино-ключично сосцевидного м'яза.

Лімфодисекція задислатеральна – включає обсяг латерального варіанту з додатковим видаленням потиличних, постаурікальних та додаткових лімфатичних вузлів.

Лімфодисекція передня (центральна) – обов'язкова операція в поєднанні з тиреоїдектомією або гемитиреоїдектомією незалежно від ступеня розповсюдження пухлини та її гістологічної форми передбачає видалення зворотніх гортаних нервів до підключичних судин та висічення клітковини з лімфатичними вузлами, розташованими між стінкою трахеї та загальною сонною артерією. Одночасно видаляють претрахеальну клітковину з лімфатичними вузлами.

Простагландини – біологічно активні сполучення, що відносяться до ненасичених жирних кислот. Виробляються клітинами різних органів. Впливають на енергетичний обмін, скорочувальну функцію м'язів, судин, шлункову секрецію і т.п.

Радіоіодобабляція тканини щитоподібної залози – ад'ювантне призначення радіоактивного йоду (^{131}I) проводиться для повного знищення залишкової тканини щитоподібної залози після хірургічного лікування.

Резекція щитоподібної залози субтотальна - радикальна операція у випадку раку щитоподібної залози, яка передбачає майже повне видалення щитоподібної залози.

Серотонін – біологічно активний біогенний амін, що є медіатором нервової системи. Вміщується у всіх клітинах.

С-клітини – дивись **наркофолікулярні клітини**

Терапія ^{131}I – лікування радіоактивним йодом вискодиференційованого раку щитоподібної залози проводиться у разі виявлення у хворого віддалених метастазів при скануванні (виключення йоду з дієти до початку лікування за 10 – 30 днів може підсилити накопичення ізотопу в пухлинній тканині).

Тиреоглобулін – сполучення гормону щитоподібної залози з білком. Утворюється в фолікулах щитоподібної залози. При розщепленні вивільнюються гормони тироксин і трийодтиронін.

Тироедектомія – радикальна операція у випадку раку щитоподібної залози, яка передбачає видалення всієї залози.

Тиреотоксикоз дивись **зоб дифузний токсичний**.

Тиреотропний гормон – підвищує розпад тиреоглобуліну, що приводить до підвищеного виділення у кров тироксину і трийодтироніну. Стимулює проліферативні процеси у щитоподібній залозі.

Тироцити – дивись А-клітини, В-клітини.

Фолікулярні клітини – дивись тироцити, А-клітини, В-клітини

ВИТЯГ З НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІД 17.09.2007 № 554
«ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ ПРОТОКОЛІВ НАДААННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ І ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОНКОЛОГІЯ»»

	Затверджено наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.09.2007 № 554
--	--

Локалізація: Щитовидна залоза
(код за МКХ-10) C73

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

Обстежен ня первинних хворих	Терміни обстеження	ЛПЗ загальнолікарняної мережі до 3-10 днів	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи до 8 днів	Стационар спеціалізованої установи до 5 днів

Обстеження при диспансеризації хворих	Обсяг обстежень	<p>1. Фізикальне обстеження щитовидної залози та шиї.</p> <p>2. Ультразвукове дослідження.</p> <p>3. Загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі.</p> <p>4. Рентгенографія органів грудної клітки</p> <p>5. Електрокардіографія.</p> <p>6. Обстеження на вірус імунодефіциту людини, сифіліс, вірусний гепатит</p>	<p>1. Фізикальне обстеження</p> <p>2. Ультразвукове обстеження щитовидної залози та лімфатичних вузлів шиї.</p> <p>3. Пункційна біопсія новоутворень з цитологічним дослідженням.</p> <p>4. Визначення рівня гормонів щитовидної залози і ТТГ в сироватці крові та антитіл до тиреоглобуліну</p> <p>5. Непряма ларингоскопія, бронхоскопія, езофагоскопія</p> <p>6. Комп'ютерна томографія шиї та середостіння (за показаннями).</p> <p>7. При підозрі на медулярний рак щитовидної залози визначення рівня кальцитоніну, кальцію та генетичне тестування для виявлення сімейного раку або синдрому множинної ендокринної неоплазії (MENII).</p> <p>8. Консультація радіолога, анестезіолога.</p>	<p>1. Фізикальне обстеження</p> <p>2. Стандартні обстеження хворих при неможливості амбулаторного обстеження</p> <p>3. Екскізійна біопсія (при необхідності) ураженого лімфатичного вузла шиї, інтраопераційна морфологічна діагностика</p>
	Кратність обстежень. Обов'язкові огляди кожні 3-4 місяці протягом першого року, на 2-ий рік 1 раз на 6 місяців, в подальшому 1 раз на рік.			
Обсяг обстежень	1. Фізикальне обстеження	<p>1. Визначення рівня гормонів щитовидної залози та ТТГ в сироватці крові для корекції дози супресивної гормонотерапії L-тироксаном</p> <p>Виявлення маркерів раку щитовидної залози: кальцитоніну, тиреоглобуліну.</p>	<p>1. Фізикальне обстеження</p> <p>2. Ультразвукове дослідження</p> <p>3. Рентгенографія грудної порожнини.</p>	<p>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення даних, отриманих на попередніх етапах.</p>
	2. Ультразвукове дослідження			

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих на рак щитовидної залози

Стадії захворювання	Обсяг стандартного лікування	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	Ускладнення %	Летальність %
Папілярний та фолікулярний рак					
Стадія I – T ₁ N ₀	1. Хірургічне лікування – гемітиреоїдектомія.	до 2	до 10	0%	0%
Стадія I - T ₁ N ₀ M ₀ , Стадія II-IV - T ₂₋₄ N ₀ M ₀	1. Хірургічне лікування – тиреоїдектомія	до 2	до 15	до 3%	0%
	2. Радіодотерапія		до 15	до 3%	0%
Стадія II-IV T ₁₋₄ N ₁ M ₀₋₁	3. Супресивна гормонотерапія				
	1. Хірургічне лікування – тиреоїдектомія + фасциально-фулярна шийна дисекція або операція Крайла	до 2	до 15	до 3%	0%
Медулярний рак	2. Радіодотерапія		до 15		
	3. Супресивна гормонотерапія				
Стадія T ₁ N ₀ M ₀	1. Хірургічне лікування – гемітиреоїдектомія. Променева терапія.	до 2	до 25	до 3%	0%
Стадія II-IV T ₂₋₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁	1. Хірургічне лікування – тиреоїдектомія 2. Променева терапія – дистанційна гамма-терапія на зону первинного вогнища та регіонарних лімфовузлів, разова осередкова	до 3	до 25	до 5%	0%

Недиференційований рак IV стадії- $T_{1-4}N_{0-1}N_{0-1}$	доза 2,0 Гр до сумарної осередкової дози 40 Гр.	до 3	до 35	до 5%	до 3%
1. Хірургічне лікування – тиреоїдектомія 2. Променева терапія (дистанційна гамма-терапія) на зону первинного вогнища та регіонарних лімфовузлів, разова осередкова зона 2,0 Гр до сумарної дози 40 Гр. 3. Аджувантна хіміотерапія з використанням доксорубіцину, блеоміцину, цисплатину та терапії супроводу.					

Таблиця №3. Перелік оперативних втручань у хворих на рак щитовидної залози

Основний перелік оперативних втручань	Вид операції	Стадії	Особливості використання
	Гемітєрмідектомія	Стадія I (T ₁ N ₀ M ₀), (папілярний або фолікулярний рак у віці до 45 років) T ₁ N ₀ -M ₀ – медулярний рак	Проведення операції екстрафасціально з обов'язковою візуалізацією зворотних нервів та паращитовидних залоз та їх максимальним збереженням
	Тиреоїдектомія	Стадія I-IV - T ₁₋₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁ (всі види раку)	
	Тиреоїдектомія + фасциально-фулярна шийна дисекція або операція Крайля	Стадія T ₁₋₄ N ₁ -M ₀₋₁ (всі види раку)	

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Променева терапія	РВД – 2 Гр. СВД – 55 – 60 Гр	
Радіойодтерапія	Папілярний та фолікулярний рак. Стадія II-IV (T ₂₋₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁) 1,8 – 4,7 ГкБ 131I	

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія) хворих на рак щитовидної залози

Схеми медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	Системна хіміотерапія з використанням доксорубіцину, вінкристину, блеоміцину, цисплатину.	
	Гормонотерапія L - тироксином 2,8 мкг/кг у віці 21-40 років, 2,6 мкг/кг у віці 42-60 років, 2,4 мкг/кг після 60 років (під контролем тиреотропного гормону в сироватці крові)	

**Директор Департаменту
розвитку медичної допомоги**

М.П.Жданова

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритмы современной онкологии / под ред. проф. И.Б. Щепотина, акад. АМН Украины Г.В. Бондаря, чл.-кор. АМН Украины В.Л. Ганула. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с.
2. Л.З.Вельшер. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие / Л.З.Вельшер, Б.И.Поляков, С.Б. Петерсон. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 496 с.
3. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антипової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
4. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. – 516 с.
5. Ганцев Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 416 с.
6. Давыдов М.И.. Онкология: учебник / М.И. Давыдов, Ш.Г. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.
7. Клиническая онкология: справ. пособие / С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий, Ю.И. Аверкин и др.; под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, 2003. – 784 с.
8. Клиническая хирургия (справочное пособие по анестезиологии, хирургии, травматологии-ортопедии, онкологии, нейрохирургии) / под ред. чл.-кор. НАН и АМН Украины, проф. Л.В. Усенко, проф. Я.С. Березниченко. – К.: «Здоров'я», 1999. – 496 с.
9. Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 720 с.
10. Клінічна онкологія: навч. посібник / В.А. Коссе, І.М. Бондаренко, В.С. Машталер та ін.; за ред. проф. В.А. Коссе, д-ра мед. наук І.М. Бондаренко. – Дніпропетровськ: Арт-Прес, 2002. – 240 с.
11. Краткое руководство по диагностике и стадированию рака в развитых и развивающихся странах / пер. и ред. проф. Н.Н. Блинова, канд. мед. наук М.М. Константиновой. – СПб.: СОТИС, 2001. – 200 с.
12. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / под ред. проф. В.М. Моисеевко, проф. А.Ф. Урманчевой, акад. РАМН К.П. Хансона. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2004. – 704 с.
13. Матяшина И.М. Симптомы и синдромы в хирургии (эпонимы) / И.М. Матяшина, А.А. Олшанецкий, А.М. Глузман. – 2-е изд, перераб. и доп. – Киев: Здоров'я, 1982. – 184 с.
14. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / редакторы русского перевода: проф. С.А. Тюляндин, канд. мед. наук Д.А. Носов, проф. Н.И. Переводчиков. – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2008. – 218 с.
15. Онкологія / За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
16. Онкологія / І.Б. Щепотін, В.Л. Ганул, І.О. Клименко та ін.; за ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
17. Онкологія: підручник / Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатішак, О.О. Галая та ін.; за ред. проф. Б.Т. Білинського. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
18. Онкология: модульный практикум: учебное пособие / М.И. Давыдов, Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 320 с.
19. Онкология: пер. с англ. / под ред. Д. Касчято. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.
20. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.

21. Онкология: учебное пособие. В 2-х т. Т. 1. / под ред. профессора Н.Г. Луда. – Витебск: ВГМУ, 2003. – 321 с.
22. Онкология: учебник с компакт-диском / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
23. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко. – Санкт-Петербург: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.
24. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
25. Справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной; Онкоцентр РАМН. – М.: КАППА, 1996. – 624 с. – (Справочная библиотека врача; вып. 4).
26. Трапезников Н.Н. Онкология: учебник / Н.Н. Трапезников, А.А. Шайн. – М.: Медицина, 1992. – 400 с.
27. Шайн А.А. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / А.А. Шайн. – Тюмень: Издат. Центр «Академия», 2004. – 554 с.
28. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей / В.Г. Черенков. – М.: ВУНЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.
29. Э. Чу, В. Де Вита-младший. Химиотерапия злокачественных новообразований: пер. с англ. / Э. Чу, В. Де Вита-младший. – М.: «Практика», 2008. – 448 с.
30. Шевченко А.І. Онкологія [Електронний ресурс]: підручник для студентів вищих медичних закладів / А.І. Шевченко. – Запоріжжя, 2006. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM): кольор.; 12 см
31. <http://www.moz.gov.ua>
32. TNM Атлас: иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных опухолей / К. Виттеkind, Ф.Л.Грин, Р.В.П. Хаттер и др.; под ред. Ш.Х. Ганцева. – 5-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 408 с.

СПИСОК ОСНОВНОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічна онкологія: навч. посібник / В.А. Коссе, І.М. Бондаренко, В.Є. Машталер та ін.; за ред. проф. В.А. Коссе, д-р мед.наук І.М. Бондаренко. – Дніпропетровськ: Арт-Пресс, 2002. – 240 с.
2. Онкологія / І.Б. Щепотін, В.Л. Ганул, І.О. Клименко та ін.; за ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
3. Онкологія: підручник / Б.Т. Білінський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.; за ред. проф. Б.Т. Білінського. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.

СПИСОК ДОДАТКОВОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритмы современной онкологии / под ред. проф. И.Б. Щепотина, акад. АМН Украины Г.В. Бондаря, чл.-кор. АМН Украины В.Л. Ганула. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с.
2. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антипової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. – 516 с.

4. Ганцев Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 416 с.
5. Клиническая онкология: справ. пособие / С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий, Ю.И. Аверкин и др.; под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, – 784 с.
6. Краткое руководство по диагностике и стадированию рака в развитых и развивающихся странах / пер. и ред. проф. Н.Н. Блинова, канд. мед. наук М.М. Константиновой. – СПб.: СОТИС, 2001. – 200 с.
7. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / под ред. проф. В.М. Моисеенко, проф. А.Ф. Урманчеевой, акад. РАМН К.П. Хансона. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2004 – 704 с.
8. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / редакторы русского перевода: проф С.А. Тюлядин, канд. мед. наук Д.А. Носов, проф. Н.И. Переводчикова. – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2008. – 218 с.
9. Онкологія / за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
10. Онкология: пер. с англ. / под ред. Д. Касчиато. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.
11. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.
12. Онкология: учебник с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
13. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюлядина и В.М. Моисеенко. – Санкт-Петербург: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.
14. Справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной; Онкоцентр РАМН. – М.: КАПИА, 1996. – 624 с. – (Справочная библиотека врача; вып. 4).
15. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Онкология: учебник / Н.Н. Трапезников, А.А. Шайн. – М.: Медицина, 1992. – 400 с.
16. Шайн А.А. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / А.А. Шайн – Тюмень: Издат. Центр «Академия», 2004 – 554 с.
17. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей / В.Г. Черенков. – М.: ВУНЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.
18. Шевченко А.І. Онкологія [Електронний ресурс]: підручник для студентів вищих медичних закладів / А.І. Шевченко. – Запоріжжя, 2006. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) : кольор. ; 12 см
19. <http://www.moz.gov.ua>